



ĐƠN XIN TRỢ CẤP Y TẾ HỘ SẢN

APPLICATION FOR MATERNITY MEDICAL BENEFITS

Đơn này chỉ dành cho phụ nữ mang thai trên 19 tuổi xin trợ cấp y tế.

Nếu quý vị đang mang thai và được 19 tuổi hay lớn hơn, xin điền và gửi đơn này cho Bộ Xã Hội và Y Tế địa phương (DSHS), Văn Phòng Dịch Vụ Cộng Đồng (CSO). Nếu có điều gì thắc mắc, xin gọi chương trình Healthy Mothers, Healthy Babies:

1-800-322-2588
TDD/TTY Mà Thôi 1-800-833-6385

Nếu quý vị:

- Mang thai và dưới 19 tuổi, xin gọi 1-800-562-3022 (TDD/TTY mà thôi 1-800-848-5429).
- Mang thai và là một người lớn muốn làm đơn xin trợ cấp hộ sanh Basic Health, gọi 1-800-660-9840.
- Người lớn không mang thai và muốn xin phiếu thực phẩm hay trợ cấp tiền mặt, xin gọi Văn Phòng Dịch Vụ Cộng Đồng (CSO) địa phương. Quý vị cần mẫu Đơn Xin Hưởng Quyền Lợi màu vàng, DSHS 14-001(X). Muốn tìm số điện thoại CSO, xin xem các trang màu xanh (chánh quyền) trong sổ điện thoại niêm giám nơi Washington State, Community Services Office (CSO).

Chăm Sóc Y Tế ... miễn phí cho Phụ Nữ Mang Thai.

CÁCH THỨC XIN!

Đây là bản danh sách kiểm nhận để giúp quý vị điền đơn:

- Lợi tức gia đình: Bất cứ lợi tức nào gia đình nhận. Dùng tin tức có trên:
 - Các cuống phiếu lương gần đây cho thấy lợi tức của chồng/vợ hay của tất cả gia đình;
 - Thư xác nhận của sở làm cho biết tiền lương SỐI (trước khi trừ thuế);
 - Bản Thỏa Thuận Giám Hộ của Tòa nếu có người nhận cấp dưỡng con;
 - Hồ sơ công việc tự làm chủ cho 30 ngày cuối cùng; hoặc
 - Thư chấp thuận quyền lợi (thí dụ: Sở Cựu Chiến Binh, Lao Động & Kỹ Nghệ, Thất Nghiệp, An Sinh Xã Hội).

- Nhớ ghi số An Sinh Xã Hội cho phụ nữ mang thai

VÀ

- Giấy xác nhận mang thai của nơi cung cấp y tế có giấy phép như bác sĩ, y tá, hoặc chuyên viên thử nghiệm.

Xin gửi đơn đã điền đầy đủ với bằng chứng về lợi tức và giấy chứng nhận mang thai đến Văn Phòng Dịch Vụ Cộng Đồng (CSO).

Những hội viên Basic Health hiện thời đang mang thai phải gọi 1-800-660-9840 để có được đơn xin hưởng Trợ Cấp Hộ Sản Basic Health.



ĐƠN XIN TRỢ CẤP Y TẾ HỘ SẢN
APPLICATION FOR MATERNITY MEDICAL BENEFITS

Xin đọc những điều sau đây trước khi điền đơn.

Đơn này là bản khai các sự kiện về người phụ nữ mang thai cần chăm sóc y tế. Quý vị cần trả lời tất cả câu hỏi thì chúng tôi mới biết là chúng tôi có thể giúp quý vị được hay không. Xin viết bằng chữ in.

Cơ quan giúp thân chủ điền đơn:

1. Tên	Tên Lót Viết Tắt	Họ
chính		
chính		
4. Số điện thoại	5.	
Nhà ()	Quý vị có bị trớ ngại khi nói, đọc hay viết tiếng Anh không? <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	
Sở ()	Quý vị có cần thông dịch viên không? (Nếu cần, chúng tôi sẽ nói chuyện qua thông dịch viên) <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	
Nhắn tin ()	Quý vị nói tiếng gì? _____	
6. Ngày sẽ sinh của phụ nữ mang thai _____		
7. Phụ nữ mang thai có tình trạng sức khoẻ nào cần được chăm sóc ngay không ? <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		

Tin Tức Tổng Quát

8. Liệt kê tên quý vị và những người ở cùng địa chỉ với quý vị. Dùng tên chính thức. **Đừng Dùng Biệt Hiệu**. Nếu quý vị không biết Số An Sinh Xã Hội nào thì để trống.

TÊN (TÊN, TÊN LÓT, HỌ)	LIÊN HỆ VỚI QUÝ VỊ	NGÀY SANH (THG/NGAY/NĂM)	XIN HƯỞNG QUYỀN LỢI? CÓ KHÔNG	CÔNG DÂN HOA KỲ CÓ KHÔNG	SỐ AN SINH XÃ HỘI	PHÁI NAM HAY NỮ
A.	BẢN THÂN		<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		
B. Liệt kê những người khác trong nhà						
C.						
D.						
E.						
F.						
G.						
H.						

Các Chi Phí

9. Quý vị có trả cho ai tiền giữ trẻ hoặc chăm sóc người phụ thuộc trong khi đi làm không?	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	Nếu có, bao nhiêu một tháng? \$ _____
10. Quý vị có trả tiền cấp dưỡng cho đứa con nào không ở với quý vị không?	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	Nếu có, bao nhiêu một tháng? \$ _____

* Nếu quý vị không phải là công dân Hoa Kỳ, xin điền Trang 3- Tình Trạng Di Trú

TRANG 1

Ghi tiền lương SỐI, không phải số tiền mang về nhà. Ghi Số Không ("0") nếu quý vị hay người phổi ngẫu không đi làm.

Lợi Tức

Lợi Tức Từ Việc Làm Của Quý Vị		Lợi Tức Từ Việc Làm Của Người Phối Ngẫu (nếu có gia đình)	
11. Tên Sở Làm và Số Điện Thoại		13. Tên Sở Làm và Số Điện Thoại	
12. Số tiền kiếm được mỗi kỳ lương trước khi trừ thuế: \$ _____ <input type="checkbox"/> Hàng tuần <input type="checkbox"/> Mỗi hai tuần <input type="checkbox"/> Hai lần một tháng <input type="checkbox"/> Hàng tháng Số giờ làm mỗi tuần _____		14. Số tiền kiếm được mỗi kỳ lương trước khi trừ thuế: \$ _____ <input type="checkbox"/> Hàng tuần <input type="checkbox"/> Mỗi hai tuần <input type="checkbox"/> Hai lần một tháng <input type="checkbox"/> Hàng tháng Số giờ làm mỗi tuần _____	
Lợi Tức Khác	Số Tiền	Bao Lâu Mới Có Lợi Tức Nay?	Ai Trong Nhà Có Lợi Tức Này?
15. Tiền Cấp Dưỡng Cho Con hay Cho Vợ	\$		
16. Tiền An Sinh Xã Hội	\$		
17. Tiền thất nghiệp	\$		
18. Tiền lời từ thương mục ngân hàng	\$		
19. Trợ Cấp Cựu Chiến BINH	\$		
20. Lao Động & Kỹ Nghề	\$		
21. Cấp Dữ Quân Đội	\$		
22. Lợi Tức Khác (Xin giải thích)	\$		

Tin Tức Y Tế

23. Quý vị có bảo hiểm y tế chưa? Có Không

Nếu quý vị đánh dấu "có", xin ghi tên công ty bảo hiểm hay sở làm, số khế ước, tên người đứng trên khế ước và số an sinh xã hội. Dù rằng đã có bảo hiểm rồi, quý vị vẫn có thể đủ tiêu chuẩn hưởng trợ cấp y tế.

Tên Công Ty Bảo Hiểm hay Sở Làm	Số Khế Uớc	Tên Trên Khế Uớc	Số ASXH Của Tên Trên Khế Uớc

24. Có ai đã nhận dịch vụ y tế trong 3 tháng vừa qua, kể cả Dịch Vụ Yểm Trợ Hộ Sản và/hoặc Dịch Vụ Coi Sóc Trưởng Hợp Hộ Sản không?
Có Không

Tin Tức Tình Nguyên

Chúng tôi yêu cầu quý vị tình nguyện cho chúng tôi biết về chủng tộc hoặc sắc tộc của quý vị. Tin tức này sẽ không được dùng để cứu xét điều kiện hưởng trợ cấp.

Da Trắng Tây Ban Nha Đen Thổ Dân Mỹ/Alaska Việt Nam/Lào/Miền
 Giống Á Châu khác hay Đảo ở Thái Bình Dương Giống khác _____

Xin Đọc Ký Trước Khi Ký Tên

TÔI HIỂU RẰNG:

- Tôi phải báo cáo ngay mọi thay đổi hoàn cảnh cho Bộ Xã Hội và Y Tế (DSHS), bằng văn thư hoặc bằng điện thoại. Báo cáo trễ có thể làm cho các quyền lợi không được đúng.
- Hoàn cảnh của tôi có thể được DSHS hoặc các cơ quan tiểu bang khác hay liên bang kiểm chứng.
- Tôi phải chứng minh là tôi đủ điều kiện được giúp đỡ. DSHS có thể giúp tôi tìm chứng từ hoặc tiếp xúc với những người khác hay cơ quan khác với mục đích ấy.
- Vì nhận trợ cấp y tế, tôi ủy thác cho tiểu bang Washington tất cả các quyền hạn về mọi cấp dưỡng y tế, và bất cứ món tiền nào mà đệ tam nhân trả cho việc chăm sóc y tế của tôi.
- DSHS có thể chia sẻ lịch sử chích ngừa của con tôi với Hệ Thống Theo Dõi Việc Chích Ngừa Trẻ Em thuộc Bộ Y Tế với các mục đích liên quan trực tiếp với việc quản trị các chương trình y tế.
- **Tôi hiểu rằng đây là đơn xin trợ cấp y tế dành cho phụ nữ mang thai mà thôi. Nếu gia đình tôi cần trợ cấp tài chánh hay phiếu thực phẩm, chúng tôi phải xin qua Văn Phòng Dịch Vụ Cộng Đồng DSHS.**

Tình Trạng Di Trú

Xin điền phần này cho bất cứ người nào xin trợ cấp y tế mà không phải là công dân Hoa Kỳ, ngoại trừ các sinh viên ngoại quốc và các người du lịch. Nếu quý vị có tình trạng di trú hợp pháp, xin kèm bản sao chụp cả hai bên tài liệu di trú đó. Quý vị không phải cung cấp bằng chứng về tình trạng di trú đối với những người trong gia đình không nộp đơn xin trợ cấp.

Tên người xin trợ cấp y tế	Có phải là công dân Hoa Kỳ không?	Nếu không phải là công dân Hoa Kỳ	
		Quý vị có được đưa tài liệu chứng minh tình trạng quý vị không?	Nếu có, ghi ngày nhập cảnh vào Hoa Kỳ
Tên	Họ	CÓ KHÔNG <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	CÓ KHÔNG <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Tên	Họ	CÓ KHÔNG <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	CÓ KHÔNG <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Tên	Họ	CÓ KHÔNG <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	CÓ KHÔNG <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Tên	Họ	CÓ KHÔNG <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	CÓ KHÔNG <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Tên	Họ	CÓ KHÔNG <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	CÓ KHÔNG <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Lời Khai và Chữ Ký

Tôi đã đọc và đã hiểu tin tức trong đơn này. Tôi khai rằng những tin tức tôi cung cấp trong đơn xin là đúng, thật và đầy đủ, theo sự hiểu biết tối đa của tôi và nhận mọi hình phạt nếu khai gian.

Chữ Ký Đương Đơn	Ngày
------------------	------

Sự ký thi bị cấm đoán trong tất cả chương trình và sinh hoạt do Bộ Xã Hội và Y Tế quản trị. Không ai có thể bị loại khỏi chương trình và các sinh hoạt vì lý do chủng tộc, màu da, tín ngưỡng, niềm tin chính trị, quốc gia gốc, tôn giáo, tuổi tác, phái tính, hoặc tàn tật.